1868
Lane Medical Library

Eine

mit glücklichem Erfolge gekrönte

Orariotomie

nach ihrer Behandlung und ihrem Verlauf.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

in Göttingen

von

Heinrich Harms,

aus Aurich.

Göttingen. 1868.

Druck der Dieterich'schen Universitäts-Buchdruckerei

(W. Fr. Kästner.)

Eine

mit glücklichem Erfolge gekrönte

Ovariotomie

nach ihrer Behandlung und ihrem Verlauf.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

in Göttingen

von

Heinrich Harms

aus Aurich.

Göttingen. 1885.

Druck der Dieterich'schen Universitäts-Buchdruckerei

(W. Fr. Kaestner).

Jede Orariotomie, deren Resultat eine Radicalheilung ist, verdient ihre Veröffentlichung schon um dieses Resultates willen. Zudem sind auf diesem Gebiete, wie sonst, genaue Operations- und Krankengeschichten die besten Führer zu immer allgemeinern günstigen Resultaten. Diesen Gesichtspunkten verdankt nachfolgende Arbeit ihren Ursprung. Für den Auftrag zu derselben, sowie für die Anleitung dazu, sage ich meinem verehrten Lehrer, Herrn Hofrath Schwartz, meinen so schuldigen, wie aufrichtigen Dank.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0254

Anamnesis.

Fräulein O. E. aus Clausthal war ihrer Angabe nach als Kind durchaus gesund. In ihrem 13. Jahre menstruirte sie zum ersten Male und seitdem regelmässig alle 4 Wochen.

Im Frühling 1867, in ihrem 27. Lebensjahre, bemerkte Patientin zuerst ein Stärkerwerden ihres Leibes, so zwar, dass derselbe gleichmässig an Umfang zunahm, und nicht etwa an einer circumscripten Stelle. Von derselben Zeit an wurde auch ihr Allgemeinbefinden durch häufig sich wiederholende Leibschmerzen gestört, die bald kürzer, bald länger dauerten und im Laufe desselben Jahres mehrmals wochenlange Bettlägrigkeit bedingten. Am heftigsten waren die Schmerzen zur Zeit der Menstruation. Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden und Verstopfung begleiteten dieselben.

Der zu Rathe gezogene Arzt verordnete wiederholt die Applikation von Blutegeln, einmal auch durch 4 Wochen ein Haarseil in die Bauchdecken.

Seit Weihnachten 1867 haben die Schmerzen spontan fast gänzlich sistirt, auch die erwähnten gastrischen Störungen sich verloren. Dagegen hat die Anschwellung des Leibes konstant zugenommen, ohne durch die konsequente Anwendung verschiedener ableitender, wie resorbirender Mittel in Schranken gehalten zu werden.

Status praesens.

Am 20. Juli 1868 wandte Patientin sich an Herrn Hofrath Schwartz zu Göttingen und wurde zum Zweck eingehender Untersuchung, eventuell einer vorzunehmenden, sei es palliativen, sei es radicalen Operation als Privatkranke in das Königliche Entbindungshaus aufgenommen.

Patientin ist gut genährt, wenngleich sie bedeutend an Fülle verloren haben will. Gastrische Störungen, oder Störungen des Respirationsapparates sind nicht zu ermitteln. Die Menstruation hält ihre regelmässigen Perioden ein, zeigt auch in ihrem Auftreten keine Abnormitäten. Die physikalische Untersuchung findet Herz und Lungen frei. Oedeme, die im Verlaufe des Leidens zeitweise, und zwar namentlich an der linken untern Extremität, aufgetreten sein sollen, sind gegenwärtig nicht vorhanden.

Die Inspection des Bauches zeigt eine Ausdehnung desselben, wie etwa bei einer Hochschwangeren. Die genaueren Dimensionen sind folgende:

Umfang des Bauches über dem Nabel 91 Cm.
Vom Nabel bis zur Symphyse 42 Cm.
„ „ „ zum proc. ensiform. 18 Cm.
„ der spin. ant. sup. sin. later. zum Nabel 21 Cm.
„ „ „ „ „ dextr. „ „ „ 22 Cm.

Bei Palpation des Bauches fühlt man einen rundlichen Tumor. Seine Contouren sind gleichmässig. Seine höchste Wölbung reicht bis mitten zwischen Nabel und Herzgrube. Die Fluctuation des Tumor ist sehr deutlich, zwar nicht an allen Stellen gleichmässig, jedoch sind auch nirgend solide Massen durchzufühlen.

Die Perkussion ergiebt an der ganzen Vorderfläche des Bauches, wie auch in beiden Inguinalgegenden einen matten Schall. Nur oben und in der rechten Lumbalgend ist derselbe tympanitisch. In der linken Lumbalgegend bleibt der Schall, sowohl bei

Rücken- als Seitenlage mehr oder weniger leer. Jedenfalls ist hier nur ein sehr undeutlicher Darmton zu ermitteln.

Die Auskultation ergiebt nur negative Resultate, weder Gefäss- noch Reibungsgeräusche.

Die Bauchdecken zeigen reichliche Narben von Blutegelbissen und links zwischen Nabel und spin. ant. sup. oss. il. die von dem erwähnten Haarseil herrührende Narbe.

Bei der innern Untersuchung zeigt sich der Uterus antevertirt und etwas tiefstehend. Die Contouren des Körpers sind durch das Scheidengewölbe zu bestreichen. Seitlich vom Uterus ist der Tumor durchzufühlen, jedoch keine Fluctuation zu erzielen.

Patientin ist mit dem festen Entschluss nach hier gekommen, sich durch eine Radicaloperation von ihrem Uebel zu befreien zu suchen. Bei solchem Entschluss verharrt sie, trotzdem sie auf die grossen Gefahren der Operation mit um so grösserem Nachdruck aufmerksam gemacht wird, als eine kürzlich hier gemachte derartige Operation schliesslich einen tödtlichen Ausgang genommen hat. Auf eine palliative Operation durch Punktion will sie sich nicht einlassen.

Dem ungeachtet hält Herr Hofr. Schwarz es für angemessen, Patientin zuvor einige Zeit auf ihr Allgemeinbefinden zu prüfen. Die Ergebnisse einer achttägigen Beobachtung sind, vollständige Fieberlosigkeit, eine Pulsfrequenz von 80 Schlägen und 18 Respirationen. Dabei besteht konstant ein guter Appetit, keinerlei Digestionsbeschwerden, regelmässiger Stuhlgang und normale Harnsecretion.

Nach diesen Erfahrungen glaubt denn Herr Hofr. Schwartz dem Drängen der Kranken entsprechen zu sollen und entschliesst sich zur Operation.

Operation.

Diese wurde unternommen am 29. Juli 1868, Morgens $8^1/_2$ Uhr.

Nach vorgängiger Katheterisation wird die, angemessen warm bekleidete, Patientin auf das mit Kissen und wollenen Decken versehene Operationslager gebracht und, mit etwas erhobenem Kopfende horizontal gelagert. Nachdem sie mit leichter Mühe chloroformirt ist, nimmt der Operateur Stellung rechts von der Patientin. Ihm gegenüber steht sein Assistent Dr. W. Zwei weitere Assistenten stehen jederseits näher dem Kopfende, um nach geschehener Punktion der blossgelegten Cyste den Bauch zu komprimiren und den Vorfall von Darmschlingen zu verhüten. Ein vierter Assissent steht am Fussende des Operationslagers, um das Abfliessen der Cystenflüssigkeit zu überwachen. Ein fünfter reicht das Chloroform. Zur Darreichung der Instrumente und sonst nöthigen Leistungen sind noch einige Herren, wie auch die Oberhebamme zur Hand.

Gleich nach eingetretener Narkose ist der ganze Körper der Kranken, von den Brüsten bis zu den Knieen, zum Schutz gegen jede Verunreinigung und Benässung mit einer Gummidecke bedeckt. Zur Aufnahme der Wölbung des Bauches ist an der passenden Stelle eine hinreichende Oeffnung angebracht, deren Ränder wieder durch Heftpflaster an die Bauchdecke angeklebt werden.

Der Operateur macht nun in der linea alba, ziemlich mitten zwischen Nabel und Symphyse, einen 4 Zoll langen Schnitt durch die cutis und trennt in gleicher Länge das gut entwickelte subcutane Fettpolster. Die hiebei entstandene, unbedeutende Blutung wird durch Anwendung zweier Torsionspincetten und Auflegen kalter Schwämme leicht gestillt, so dass Operateur nun successive die übrigen Schichten der Bauchwand, und zwar stets zwischen zwei, eine Falte hebenden Pincetten durchschneiden kann. Schliesslich wird das Peritonäum, in der Länge der Hautwunde auf einer

Hohlsonde gespalten, worauf sogleich die ziemlich gefässreiche Cystenwand sichtbar wird.

Während eine letzthin vorgenommene gleiche Operation durch zahlreiche feste Adhäsionen zwischen Cyste und Bauchwand, grade in der Umgebung der Wunde, so äusserst erschwert wurde, zeigten sich in diesem Falle der gleichen Adhäsionen durchaus nicht, sodass man sogleich zur Punction und Entleerung der Cyste schreiten konnte.

Ausgeführt wurde diese mittelst des grossen Nelaton'schen Troicarts, von dessen Canäle aus ein Guttaperchaschlauch über die Gummidecke hinweg direct in ein nebenstehendes Gefäss führte. Auf diesem Wege entleerte sich das dünnflüssige, röthliche Cystenfluidum in kräftigem Strahle, ohne die geringste Beschmutzung, oder Durchnässung der Operirten.

Unter der Entleerung wird alsbald die Cyste vom Operateur und dem vis-à-vis stehenden Assistenten mit breiten, stumpfen Zangen gefasst und behutsam vorgezogen. Ueber Erwarten stellt sich dabei heraus, dass überall keine Adhäsionen bestehen, indem bald die ganze Cyste dem vorsichtigen Zuge folgt und leicht durch die Wunde herausschlüpft.

Inzwischen wird der Bauch von den beiden dazu bestellten Assistenten komprimirt, da wegen der raschen Entleerung und Entfernung der Cyste, die verdrängten Gedärme um so rascher der Wunde zustreben.

Uebrigens geht dabei Alles nach Wunsch, indem kaum auf einen Augenblick eine kleine Darmschlinge sichtbar wird.

Dagegen meinte der Operateur, wegen der gesteigerten Gefahr des Darmvorfalls, auf eine Untersuchung des zweiten, rechtsseitigen Ovariums verzichten zu müssen.

Nach Herausnahme der Cyste zeigt sich leider der Stiel sehr kurz, ungewöhnlich breit, membranartig dünn und überaus reich an varicös ausgedehnten Gefässen. Derselbe wird zuvörderst in eine Spencer-Well'sche Klammer gefasst, zur grössern Sicherung je-

doch, einerseits gegen ein zu frühes Durchquetschen und Nachblutung, andrerseits gegen ein Zurückschlüpfen, unterhalb der Klammer mittelst zweier durch den Stiel geführter Ligaturfäden unterbunden und sodann in den untern Wundwinkel gelegt. Bei dieser Procedur lässt sich eine merkliche Spannung des kurzen Stiels nicht umgehen.

Jetzt wird die Wunde mit 4 tiefen, das Peritonäum mitfassenden Silberdrahtnäthen geschlossen, und weiterhin noch 5—7 Zwischentouren mit feinem Eisendraht angelegt. Sodann wird der Bauch mit einem Stück Watte bedeckt und in eine mässig angezogene Flanellbinde gewickelt, wonach die Operirte mit grösster Vorsicht in ihr wohldurchwärmtes Bett getragen wird. Dieselbe zeigte keine Spur von Collapsus und erwachte bald aus der Narkose. Die Pulsfrequenz variirte in den ersten Stunden zwischen 60—70 Schlägen. Die Zahl der Respirationen war gegen früher nicht vermehrt, dazu der Gesichtsausdruck frisch und lebendig.

Anatomische Beschreibung des Tumor.

Das exstirpirte Cystenkonvolut, welches dem oberflächlichen Blick als aus einem einzigen Sack bestehend erscheint, zeigt sich bei der Untersuchung aus 3 Abtheilungen zusammengesetzt.

1. Ein grösster, länglich runder Sack.

2. Diesem aufsitzend ein mittlerer Sack. Er sitzt dem vorigen mit breiter Basis auf und hat eine kegelförmige Gestalt. Die Grenze beider erkennt man äusserlich, ausser an einer geringen Einschnürung, an einer, die Basis kennzeichnenden Falte. Beide Cysten kommuniziren durch eine etwa 4 Cm. weite Oeffnung. Es nimmt sich so aus, als ob die Scheidewand beider Cysten, welche zugleich der Basis der kegelförmigen, kleineren entspricht, der grösseren allein angehöre. In diesem Septum liegt die Communikationsöffnung.

Dementsprechend haben beide Cysten denselben blutig serösen Inhalt.

3. Eine kleine Cyste, ebenfalls der grössten aufsitzend. Sie grenzt sich von ihr noch weniger scharf ab, als die mittlere, kommunizirt auch nicht mit ihr.

Ihr Inhalt ist ebenfalls ein anderer. Er besteht aus einer schmierigen, käsigen Masse von schmutzig weisser Farbe und ist durch und durch von einem Gewirr langer, dunkler Haare durchwirkt.

Von der Innenwand ragt ein 2 Cm. langer, warzenförmiger Fortsatz in ihr Lumen hinein. Dieser Fortsatz und ein kleiner Hof um seine Basis bilden den Boden für ein Büschel langer Haare.

An der Basis des Fortsatzes liegt in der Substanz der Cystenwand ein $1^1/_2$ Cm. langer, eckzahnähnlicher Knochen, der wieder an seiner Basis mit dem ihn umschliessenden Gewebe verwachsen ist.

Das Gesammtgewicht des Cystenkonvoluts, sammt der abgeflossenen Flüssigkeit, und dem sonstigen Inhalt beträgt 5210 Gramme.

Der grösste Durchmesser des Cystenkonvoluts, zugleich dem Querdurchmesser entsprechend, verläuft von der kegelförmigen Spitze der mittleren Cyste bis zum entsprechenden gegenüberliegenden Punkte der grössten. Er beträgt 31. Cm.

Der rechtwinklig mit diesem sich kreuzende, vertikale Durchmesser verläuft zwischen der Höhe der kleinsten Cyste und dem entsprechenden gegenüberliegenden Punkte der grössten. Er beträgt 31 Cm.

Die Höhe der mittleren Cyste beträgt 7 Cm., nach Abzug welcher also für den Querdurchmesser der grössten Cyste 24 Cm übrig bleiben.

Die Höhe der kleinsten Cyste beträgt 4 Cm., wonach sich der vertikale Durchmesser der grössten Cyste auf 21 Cm. berechnet.

Die Wandungen sämmtlicher Abtheilungen zeigen im Ganzen

eine glatte äussere Oberfläche von blassröthlicher Färbung. Die der mittleren erscheint derber und etwas heller gefärbt.

Die innere Oberfläche der grossen Cyste zeigt einen glatten Grund, dem ein netzförmig geordnetes, röthliches Gewebe aufliegt. Auf einer, 4 Cm. im Durchmesser haltenden, mehr weniger runden Fläche, erheben sich, in das Lumen der grossen Cyste hineinragend, etwa ein Dutzend linsen- bis bohnengrosser, fast durchsichtiger Bläschen — kleine Cysten. Sie enthalten eine seröse Flüssigkeit, welche gleichsam die innere Auskleidung der Cystenwand als Hülle vor sich hergetrieben hat, grade da, wo die Dicke der gesammten Wand die grösste Mächtigkeit besitzt.

Diese überhaupt anlangend, variirt die Mächtigkeit der grössten Cyste zwischen 2—6 Mm., die der mittleren zwischen $^1/_3$— 4 Mm. und die der kleinsten durchgängig zwischen 2—3 Millimetern.

Der histologische Bau der Wandungen ergiebt sich nach der mikroscopischen Untersuchung als solcher, wie ihn die makroskopische Untersuchung vermuthen liess.

Die Wandung der grössten Cyste besteht durchweg aus reinem Bindegewebe, netzförmig ausgebreitet und dadurch bedingten zahlreichen Lücken. Die innere Oberfläche dieser, wie der beiden andern, trägt polygonales Pflasterepithel.

Der Bau der mittleren Cyste unterscheidet sich dadurch von dem der vorigen, dass bei ihr die Fasern des Bindegewebes durchweg parallel verlaufen, sodass grosse Aehnlichkeit mit der Structur der Sehnen entsteht.

Auch die Wandung der kleinsten Cyste zeigt ein bindegewebiges Stroma. In ihm liegen zahlreiche Talg- und Haarbalgdrüsen. Schweissdrüsen konnten nicht aufgefunden werden.

Der von der Innenwand ausgehende, obenerwähnte Fortsatz zeigt auf dem Durchschnitt dieselben Elemente. Grade in der Mitte jedoch finden sich zahlreiche Fettzellen und Margarinkrystalle.

Aehnlich verhält es sich mit dem käsigen Inhalt der Cyste. Man sieht zahlreiche grosse, mit Querstreifen versehene Fettzellen von auffälligem Glanze, ähnlich wie im Cholesteatom. Die Zellen liegen in Gruppen gelagert, stets durch zwischenliegende kleinste Fettzellen von einander getrennt.

Die in die Fettmasse eingewirkten Haare zeigen alle Erfordernisse des normalen Haares, cuticula, Rinden- und Marksubstanz, nebst normal entwickelter Haarwurzel.

Der in der Cystenwand liegende Knochen hat mit einem Zahn eben nur die zufällige Form gemein. Er besteht durchweg aus einfacher Knochensubstanz.

Der blutig seröse Inhalt der beiden grösseren Cysten enthält zahlreiche Blutkörperchen, Fetttropfen, Körnchenzellen und ein mannigfach entartetes polygonales Pflasterepithel. Ganz ähnlich ist der Inhalt der jungen Cysten, die, wie erwähnt, auf der Innenwand des grössten Sackes sich erheben. Auch in ihm findet man Blutkörperchen, Eiterkörperchen und zahlreiche Tripelphosphate.

Nachbehandlung.

1. Tag, 29. Juli. Puls 76, Temperatur 37,4 Respirationen 18. Patientin erwacht $^1/_2$ Stunde nach Beendigung der Operation aus der Narkose und klagt über Schmerz in der linken Lumbalgegend, der sich bis zum Knie hinabziehe, sowie über ein Gefühl von Taubheit im ganzen linken Bein. Sie erhält ein Glas Eiswasser mit Wein und morph. 0,02. Alle 4 Stunden wird der Urin durch den Katheter entleert. Abends trinkt sie eine Tasse Milch und erhält eine gleiche Dosis morphium.

2. Tag, 30. Juli. Puls 76. Temp. 37,5. Resp. 18.
Abends: „ 80. „ 37,6. „ 18.
Patientin hat gut geschlafen, da sie wenig durch Schmerzen gestört wurde. Die Wunde zeigt ein gutes Aussehen; aus dem un-

tern Winkel ist etwas seröse Flüssigkeit ausgelaufen. Der Stiel wird mit liq. ferr. sesq. chlorat. bestrichen und die Wunde mit einer Linnenkompresse bedeckt.

Im Verlauf des Tages bleibt das Befinden ungestört. Patientin schläft viel und trinkt öfters etwas Milch, auch Bouillon mit Ei. Nach Bedürfniss wird der Katheter angewandt. Abends morph. 0,02.

3. Tag. Puls 72. Temp. 37. Respir. 18.
Abends „ 94. „ 37,4. „ 18.

Bis eine Stunde nach Mitternacht war der Schlaf ungestört, wo dann schmerzhafte Blähungen sich einstellten. Nach Eispillen legen sich die Schmerzen gegen Morgen, so dass vollkommenes Wohlbefinden besteht. Der Stiel wird wieder mit liq. ferr. bepinselt. Den Tag über ungestörte Euphorie und guter Appetit. Abends morph. 0,02.

4. Tag. Puls 84. Temp. 37,1. Respir. 16.
Abends „ 80. „ 37,4. „ 18.

Nachts ungestörter Schlaf. Bei Besichtigung der Wunde wird 1 Zwischentour entfernt und durch Heftpflaster ersetzt. Den Tag über Euphorie. Abends morph. 0,02.

5. Tag. Puls 84. Temp. 37,2. Respir. 18.
Abends. „ 76. „ 37,3. „ 18.

Nachts ungestörter Schlaf. Unerwartet ist, um 5—6 Tage zu früh, ohne alle Beschwerde die Menstruation eingetreten. Bei Besichtigung der Wunde werden 3 Zwischentouren und 1 Hauptsutur entfernt. Die Wunde klafft etwas an den äusseren Rändern, in der Tiefe ist sie geheilt. Sie wird mit Heftpflaster bedeckt und zwischen Klammer und Bauchwand Charpie gelegt, zur Aufsaugung der vom Stiel abgesonderten Jauche. Den Tag über Euphorie. Abends morph. 0,02.

6. Tag. Puls 74. Temp. 37,3. Respir. 18.
Abends. „ 76. „ 37,8. „ 18.

Schlaf ungestört. Es werden 2 Hauptsuturen entfernt und die

Wunde nach vorgenommener Reinigung mit frischem Heftpflaster bedeckt. Patientin lässt den Urin spontan, bekommt auch, auf ein wegen Stuhldrang gegebenes Lavement 2 Ausleerungen. Kein morph.

7. Tag. Puls 76. Temp. 36,8. Respir. 18.

Abends. „ 84. „ 37,8. „ 18.

Schlaf ungestört. Nach Entfernung der Klammer, welche den Abfluss der ziemlich reichlichen Jauche behindert, zeigt sich der Stiel in der Tiefe anscheinend gut angeheilt. Bis auf den unteren Winkel ist die Wunde geschlossen. Derselbe wird mit Charpie bedeckt. Patientin hat spontanen Stuhlgang und geniesst etwas feste Speise.

8. Tag. Puls 76. Temp. 36,8. Respir. 18.

Abends. „ 76. „ 37,2. „ 18.

Schlaf ungestört. Es wird die letzte Hauptsutur in der Nähe des unteren Winkels entfernt. Der Stiel sondert sehr übelriechende Jauche ab. Der untere Wundwinkel wird mit Charpie bedeckt und dieses mit Heftpflaster befestigt. Befinden über Tag gut, Abends morph. 0,02.

9. Tag. Puls 76. Temp. 36,5. Respir. 18.

Abends. „ 100. „ 38,6. „ 28.

Schlaf ungestört. Die Menstruation sistirt. Die Wundgegend schmerzt wenig, aber die ziemlich reichliche Absonderung ist jauchig und übelriechend. Die Wunde gereinigt und frisch verbunden.

Wegen Stuhldrangs bekommt Patientin ein Klystier, worauf um 8 Uhr Morgens, unter heftigem Drängen und bald darauf eintretenden Leibschmerzen Stuhlgang erfolgt. Wahrscheinlich hat der Stiel, dessen Seidenligaturen etwas zurückgezogen erscheinen, beim Stuhldrange irgend welche Zerrung erlitten, sodass frische Adhäsionen zerrissen sind und etwas von der jauchigen Absonderung in die Bauchhöhle gedrungen sein mag. Um 11 Uhr tritt ein Frostanfall auf, nach dem Essen Erbrechen und peritonitische Schmerzen, namentlich rechtsseitig. Um 4 Uhr wird ein Breium

schlag übergelegt und morph. 0,02 gereicht, worauf 1 Stunde Schlaf eintritt. Darnach ist das Befinden etwas gebessert. Uebrigens werden die Breiumschläge erneuert und morph. 0,02 gereicht.

10. Tag. Puls 108. Temp. 38,4. Resp. 28.

Abends. „ 120. „ 39. „ 28.

Schlaf mässig gut. Um 6 Uhr Morgens wird die Wunde untersucht. Die Absonderung ist bedeutend, dünnflüssig, eitrig, aber nicht mehr so übelriechend. Die peritonitischen Schmerzen sind erträglich, auch auf Druck zeigt sich nur geringe Empfindlichkeit. Mit den Kataplasmen wird fortgefahren. Patientin geniesst eine Tasse Milch und schläft dann auf morph. 0,01 einige Stunden. Um 5 Uhr Abends wird die Wunde wieder untersucht und zunächst die Ligaturfäden des Stiels mittelst eines Fadens und Heftpflaster auf der äusseren Bauchwand befestigt. Die Wunde selbst ist bis auf das Stielende ganz vernarbt, auch zeigt der untere Winkel ein gutes Aussehen. Um $6^1/_2$ Uhr nimmt Patientin wieder morph. 0,01, bricht darnach sehr heftig und leidet einige Stunden hindurch an heftigen Schmerzen.

11. Tag. Puls 110. Temp. 38. Resp. 20.

Abends. „ 112. „ 38. „ 18.

Nachts zeitweiser Schlaf. Patientin zeigt ein etwas collabirtes Aussehen. Nach Reinigung der Wunde geniesst sie eine Tasse Thee. Den Tag über sind die Leibschmerzen geringer, der Breiumschlag wird entfernt, da er durch sein Gewicht belästigt. Mittags geniesst Patientin etwas Braten und Bouillon und trinkt zeitweise etwas Champagner in Eis. Um 5 Uhr erhält sie wegen Stuhldrangs ein Lavement, worauf zu 3 Malen spärlicher Stuhl erfolgt. Um 6 Uhr erbricht sie die genossenen Speisen und eine Menge Schleim, worauf relatives Wohlbefinden eintritt. Abends morph. 0,02.

12. Tag. Puls 88. Temp. 37,4. Resp. 18.

Abends. „ 88. „ 37,2. „ 18.

Während der ersten Hälfte der Nacht war der Schlaf gut, dann

stellte sich Uebligkeit ein und um 7 Uhr galliges Erbrechen. Der Bauch ist stark meteoristisch. Die Wunde wird mit Lapis infern. touchirt und neu verbunden. Patientin geniesst Mittags eine Tasse Bouillon. Nachmittags erhält sie ein Klystier, welches mit Schleim vermischt wieder abgeht. Darauf folgen bald 5 Stuhlgänge, wobei jedoch nichts als zäher Schleim ausgeleert wird. Abends erhält Patientin auf unwiderstehliches Verlangen ein Stück Häring mit etwas Bisquit, später morph. 0,02.

13. Tag. Puls 92. Temp. 37,2. Resp. 18.
Abends. „ 100. „ 37,7. „ 18.

Gegen 2 Uhr Morgens war der Schlaf durch Erbrechen gestört, welches keine gallige Beimischung enthielt. Obwohl während der Nacht reichliche Blähungen abgegangen sein sollen, ist der Meteorismus doch stärker als gestern. Die Wunde sondert noch reichlich Eiter ab, die Ligaturfäden halten noch. Da im Verlauf des Morgens der Meteorismus immer quälender wird, und eine für die Wunde bedenkliche Spannung eintritt, so wird ein elastischer Katheter ca. 15 Cm. in dem Mastdarm hinaufgeführt und ein reichliches Klystier gegeben. Es erfolgen darauf 2 reichliche Ausleerungen und starker Abgang von Blähungen. Nachmittags kommen noch 2 dünne Stühle. Um 6 Uhr Abends tritt wieder galliges Erbrechen ein, darnach relatives Wohlbefinden, sodass Patientin mit Appetit ihre Griessuppe verzehrt. Abends morph. 0,0,2.

14. Tag. Puls 98. Temp. 38,2. Resp. 16.
Abends. „ 100. „ 38,7. „ 18.

Bis gegen Morgen ungestörter Schlaf, dann reichlicher Abgang von Flatus. Patientin geniesst Thee mit Bisquit. Die Wunde zeigt Abnahme der Secretion, auch kommen sichtlicher Granulationen hervor. Die Ligaturfäden halten noch. Ueber Tag wird der noch bestehende Meteorismus durch Abgang von Blähungen etwas gemindert, auch durch fünfmaligen Stuhlgang. Das Befinden ist relativ gut, der Appetit nimmt zu. Abends morph. 0,02.

15. Tag. Puls 88. Temp. 37,2. Resp. 18.
Abends. „ 90. „ 38. „ 16.

Die Nacht war ruhig. Die Wunde sieht gut aus. Die Ligatur des Stiels kommt mehr an die Oberfläche, seine Secretion ist noch ziemlich stark. Im Verlauf des Tages bleibt das Befinden gut; dreimal spontaner Stuhlgang, einmal wieder etwas Erbrechen.

16. Tag. Puls 88. Temp. 37,6. Resp. 20.
Abends. „ 99. „ 37,6. „ 20.

Die Nacht wenig Schlaf wegen der drückenden Temperatur. Die Wunde secernirt noch immer reichlich, die Ligaturfäden haften noch fest. Der Meteorismus ist im Abnehmen. Es erfolgte wieder dreimal Stuhlgang, theils dünn, theils in geformten Massen. Abends morph. 0,02.

17. Tag. Puls 80. Temp. 37,4. Resp. 16.
Abends. „ 88. „ 38. „ 18.

Patientin hat schlecht geschlafen, fühlt sich matt und kann nicht gut mehr ligen. Die Ligaturfäden liegen lose in der Wunde, die im unteren Winkel noch reichlich secernirt; sonst ist sie längst vernarbt. Ueber Tag bessert sich das Allgemeinbefinden, störend bleibt aber noch der starke Meteorismus. Abends morph. 0,02.

18. Tag. Puls 88. Temp. 37,6. Resp. 16.
Abends. „ 100. „ 38. „ 20.

Diese Nacht war der Schlaf gut, dagegen hat der Meteorismus noch erheblich zugenommen. Patientin erhält um 10 Uhr ein Klystier, wonach zwar 2 Male Stuhlgang folgt, aber keine Abnahme des Meteorismus. Daher werden 2 Löffel Ol. Ricini gereicht. Nun erfolgen im Laufe des Tages 5 dünne Stühle, in Folge deren der Leib sich wesentlich verkleinert, auch eine erhebliche Besserung des subjectiven Befindens eintritt. Aus der Wunde ein starker, dünnflüssig eitriger Ausfluss, augenscheinlich peritonitisches Exsudat.

19. Tag. Puls 80. Temp. 37,2. Resp. 18.
Abends. „ 80. „ 37,2. „ 18.

In der Nacht erfolgte noch 4 Mal Stuhlgang. Die Wunde secernirt stark, sie wird nur mit Charpie bedeckt.

Bei der Untersuchung per vaginam zeigt sich der Uterus wieder mehr gerade gestellt, die portio vaginalis sieht etwas nach rechts, der fundus nach links. Durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man undeutlich ein anscheinend mehr festes Exudat, keine Fluctuation.

Im Verlaufe des Tages erfolgen noch 4 Ausleerungen. Die Secretion der Wunde lässt etwas nach, auch ist das Secret nicht mehr so wässrig, sondern mehr gutem Eiter ähnlich. Die die Wunde bedeckende Compresse musste 4 Male gewechselt werden.

20. Tag. Puls 80. Temp. 36,8. Resp, 16.
Abends. „ 80. „ 37,2. „ 18.

Der Schlaf war die Nacht gut. Die Wunde sondert weniger ab, sodass im Laufe der Nacht der Verband nur 2 Mal gewechselt zu werden brauchte. Es erfolgten 5 dünne, wenig copiöse Stühle. Am Abend wurde der Verband erneuert.

21. Tag. Puls 80. Temp. 36,8. Resp. 16.
Abends. „ 84. „ 37,9. „ 18.

Die Nacht war gut, ebenso das Befinden am Tage. Der Verband wird 2 Mal erneuert. Die Secretion nimmt sehr ab, liefert übrigens nur guten Eiter.

22. Tag. Puls 84. Temp. 37,3. Resp. 18.
Abends. „ 88. „ 37,9. „ 16.

Die Nacht gut. Es erfolgte 3 Mal Stuhlgang, am Tage noch weitere 2 Male. Allgemeinbefinden gut. Der Verband wird 2 Mal gewechselt; nur die Charpie wird noch feucht.

23. Tag. Puls 76. Temp. 37,2. Resp. 18.
Abends. „ 80. „ 37,9. „ 18.

Während der Nacht und am Tage erfolgte je 2 Male Stuhlgang. Der Verband wird einmal erneuert, wobei sich die Charpie nur wenig mit Secret infiltrirt zeigt. Allgemeinbefinden gut.

24. Tag. Puls 80. Temp. 37,6. Resp. 18.
Abends. „ 88. „ 37,9. „ 18.

Der Schlaf war die Nacht schlecht, weil die Wunde sehr juckte und wieder stärker secernirte. Zwei Mal war Stuhlgang erfolgt, am Tage noch ein Mal. Auch beim zweiten Verbandwechsel am Abend zeigt sich stärkere Secretion aus der Wunde.

25. Tag. Puls 72. Temp. 37,2. Resp. 18.
Abends. „ 88. „ 38. „ 18.

Diese Nacht war der Schlaf wieder gut gewesen. Die Wunde secernirt nicht mehr so stark, daher der Verband nur einmal gewechselt wird. Stuhl erfolgte Nachts 2 Male, am Tage 1 Mal. Allgemeinbefinden gut.

26. Tag. Puls 80. Temp. 37,4. Resp. 18.
Abends. „ 100. „ 38. „ 18.

Der Schlaf war gut, ein Mal Stuhlgang, am Tage noch 4 Male, jedoch nicht kopiös, auch mehr hart. Die Wunde secernirte wieder stärker, sodass 2 Male neue Charpie aufgelegt werden musste.

27. Tag. Puls 84. Temp. 37. Resp. 18.
Abends. „ 100. „ 38,5. „ 18.

Der Schlaf war schlecht wegen heftigen Stuhldrangs, auch musste die Charpie einmal erneuert werden. Patientin erhält gegen Morgen 1 Theelöffel Ol. Ricini, wornach 2 Male spärlicher Stuhlgang erfolgt. Der Verband wird erneuert.

28. Tag. Puls 88. Temp. 37,5. Resp. 18.
Abends. „ 108. „ 38,8. „ 20.

Nachts war ein Mal Stuhlgang erfolgt. Die Wunde secernirt wenig, der Verband wird erneuert. Patientin erhält unvorsichtiger Weise eine aufregende Nachricht. Unter grosser Anstrengung erfolgte noch 2 Mal Stuhlgang. Die Kranke sieht echauffirt aus, befindet sich übrigens ziemlich wohl.

29. Tag. Puls 120. Temp. 37,1. Resp. 18.
Abends. „ 108. „ 38,3. „ 18.

Der Schlaf war gut. Der Verband wird wegen stärkerer Se-

cretion der Wunde 4 Male erneuert. Patientin ist etwas nervös aufgeregt. Pilul. resolv. Nr. 3.

30. Tag. Puls 88. Temp. 37,1. Resp. 16.

Abends. „ 108. „ 38,2. „ 16.

Patientin litt bis Mitternacht an quälendem Tenesmus, schlief dann auf morph. 0,02 bis zum Morgen, wo der Verband erneuert wird. Am Tage erfolgt 2 Male Stuhlgang, derselbe ist hart und spärlich. Sie erhält pil. resolv. Nr. 3 und Abends nochmals morph. 0,02.

31. Tag. Puls 84. Temp. 37,3. Resp. 16.

Abends. „ 104. „ 38,4. „ 16.

Die Nacht war gut. Bei Erneuerung des Verbandes zeigt sich, dass der Meteorismus, welcher, wenn auch mässig. doch noch immer vorhanden war, sich merklich vermindert hat. Ueber Tag erfolgt 3 Male Stuhlgang, wobei Leibschmerzen auftreten, auch die Wunde stärker secernirt. Die Charpie musste 2 Male gewechselt werden. Patientin erhält pil. resolv. Nr. 3.

32. Tag. Puls 88. Temp. 37,3. Resp. 16.

Abends. „ 88. „ 38,3. „ 16.

Der Schlaf war nicht besonders; gegen Morgen erfolgte ein kopiöser Stuhl. Nachts musste die Charpie 2 Male erneuert werden, ebenso wieder den Tag über.

33. Tag. Puls 104. Temp. 37,3. Resp. 16.

Abends. „ 88. „ 37,1. „ 16.

Die Nacht war gut, wie auch das Befinden überhaupt. Am Tage 5 Male Stuhlgang, inzwischen kolikartige Anfälle. Drei Mal frische Charpie.

34 Tag. Puls 88. Temp. 37,1. Resp. 16.

Abends. „ 84. „ 37,3. „ 16.

Beim Morgenverbande zeigt sich die Wunde trocken. Während der Nacht muss das peritonitische Exsudat nach der Scheide zu durchgebrochen sein, da gegen 4 Unzen Eiter aus derselben abgeflossen sind. Gegen Morgen zeigen sich Spuren der eingetretenen

Menstruation und zwar nicht bloss aus der Scheide, sondern auch aus dem in die Wunde eingeheilten Stielstumpfe. Das Befinden bleibt am Tage gut, es fliessen noch etwa 4 Unzen Eiter aus der Scheide ab. Abends pil. resolv. Nr. 4.

35. Tag. Puls 84. Temp. 37. Resp. 16.
Abends. „ 80. „ 37,3. „ 16.

Meist ungestörter Schlaf, nur einige Male durch kolikartige Schmerzen unterbrochen, woran vielleicht die Pillen Schuld trugen. Gegen Morgen erfolgten 2 kopiöse Stühle, wobei zugleich einige Unzen Eiter aus der Scheide abgegangen sein sollen. Die Menstruction verläuft ganz normal, nur wird noch die Charpie auf dem Stielstrumpf etwas geröthet. Es folgen noch 2 Stühle, aber seit 3 Uhr kein Eiterabfluss mehr.

36. Tag. Puls 80. Temp. 37. Resp. 16.
Abends. „ 84. „ 37,5. „ 16.

Der Schlaf war ungestört, auch floss kein Eiter wieder ab. Die Wunde ist trocken. Abends 1 Mal Stuhlgang. Pil. resolv. N. 3.

37. Tag. Puls 80. Temp. 36,9. Resp. 16.
Abends. „ 100. „ 37,1. „ 20.

Patientin litt die Nacht sehr an kolikartigen Schmerzen. Gegen Morgen kam Stuhlgang, verbunden mit geringem Eiterabfluss aus der Scheide. Die Menstruation sistirt. Ueber Tag noch 3 Male Stuhlgang mit mässigem Eiterabfluss. Im übrigen ungestörtes Befinden. Abends pil. resolv. N. 2.

38. Tag. Puls Temp. Resp.
Abends. „ „ „

Schlaf gut. Die Charpie auf der Wunde ist trocken und diese selbst so zusammengezogen, dass ihr Umfang kaum noch die Grösse eines halben Groschens misst. Die Borke wird abgeweicht und darauf die Wunde mit Lapis inf. touchirt. Zum ersten Male ist die Reconvalescentin aufgestanden und hat $^1/_2$ Stunde im Lehnsessel zugebracht.

Der Leib ist auf Druck nirgends mehr empfindlich. Etwas Eiterabgang aus der Wunde findet noch immer Statt.

39. Tag. Puls 80. Temp. 37,1. Resp. 16.

Abends. „ 88. „ 37,5. „ 18.

Befinden gut. Die Wunde ist jetzt völlig vernarbt. Am Tage erfolgte 1 Mal Stuhlgang, auch ging noch etwas Eiter aus der Scheide ab.

40. Tag. Puls 80. Temp. 37,5. Resp. 16.

Abends. „ — „ — „ —

In der Nacht 2 Male Stuhlgang mit geringem Eiterabfluss. Es wird eine Untersuchung des Genitalapparats vorgenommen. Darnach ist der Uterus mehr festgestellt, das hintere Scheidengewölbe etwas herabgedrängt. Dasselbe fühlt sich härtlich, verdickt und uneben an, Fluctuation ist nicht wahrnehmbar. Unmittelbar hinter dem Uterus findet sich im Scheidengewölbe eine kleine Querspalte, einige Linien im Durchmesser haltend. Ihre Ränder fühlen sich verdickt an, uneben, wie mit Granulationen bedeckt. Bei bimanueller Untersuchung gelingt die Betastung des Stiels leicht, derselbe ist nicht empfindlich. Der Leib ist auf sein normales Volumen zurückgegangen.

41. Tag. Puls 88. Temp. 37,5. Resp. 16.

Patientin wurde auf einem Rollstuhl in ein anderes Zimmer gebracht. Ihr Befinden ist ganz nach Wunsch, doch besteht immer noch ein geringer Eiterabgang aus der Scheide.

Nachdem dieser Ausfluss seit mehreren Tagen ganz sistirt, Patientin auch Bewegungen in freier Luft, zu Fuss und zu Wagen gut vertragen hat, reist dieselbe am 17. September 1868 in ihre Heimath, von wo sie über ihr fortdauerndes Wohlbefinden Nachricht gegeben hat.

Epikrisis.

Der vorstehende Fall von Ovariotomie bietet Interesse einmal durch die Beschaffenheit des exstirpirten Tumor. Im Grossen und

Ganzen gleicht derselbe den zusammengesetzten Cysten, wie sie in den Ovarien so häufig zur Beobachtung kommen. Um so interessanter dagegen ist die oben bereits anatomisch beschriebene Dermoidcyste, wegen ihres verhältnissmässig seltenen Vorkommens und der immer noch nicht endgültig erklärten Ursache ihrer Entstehung. Der Versuch, zu den bis jetzt üblichen Erklärungen etwa eine neue hinzufügen zu wollen, liegt ausserhalb des Zweckes dieser Arbeit. Uns beschäftigt die Operation in ihrer Ausführung und ihrem Ausgange.

Das schliessliche Resultat der Operation war, wie die Geschichte ergiebt ein erfreuliches, wodurch denn die gestellte Diagnose und Prognose nur bestätigt wurden. Erstere lautete auf einen, wahrscheinlich linksseitigen Ovarialtumor nicht konsistenter Beschaffenheit, der nur durch geringe Adhäsionen, sei es mit der Bauchwand, sei es mit angrenzenden Organen der Bauchhöhle zusammenhänge. Adhäsionen mit dem Becken und seinen Organen wurden ausgeschlossen. Gab diese Diagnose an sich schon eine gute Prognose und damit im Hinblick auf die unausbleiblichen nachtheiligen Folgen eines ungestörten Fortbestehens des Tumor, eine genügende Indikation für eine Operation, so nicht weniger der sehr befriedigende Gesundheitszustand der Patientin und deren wirklich seltener moralischer Muth. Ihr fester Entschluss war, auf jeden Fall durch die Operation von ihrem Leiden befreit zu werden, sei es durch günstigen, oder gar durch ungünstigen Ausgang derselben. Dieses ihr Ziel verfolgte sie mit solchem Eifer, dass sie jedes letzte Bedenken des Operateurs dadurch zu besiegen sich bemühte, dass sie denselben von jeder Verantwortlichkeit im voraus frei sprach.

So traf denn Alles zusammen, um die Operation für gerechtfertigt, und ihre Prognose für eine günstige zu halten.

Dass letztere nicht ungestört in Erfüllung ging, dafür lag der Grund zweifelsohne in der Beschaffenheit und Behandlung des Stiels.

Von vorneherein war der Operateur entschlossen mit dem Stiel

nach der Extraperitonealmethode zu verfahren, wenngleich dieser Methode in neuester Zeit der lange behauptete Vorrang von verschiedenen Seiten streitig gemacht wird. Von England aus, wie namentlich auch von Professor Spiegelberg wird behauptet, die beste Methode bei Behandlung des Tumorenstiels bestehe darin, denselben unterbunden in der Bauchhöhle zurückgelassen, und die Bauchwunde sogleich vollkommen zu verschliessen, ohne, wie früher Brauch war, die nicht abgeschnittenen Enden der Ligaturfäden durch die Wunde nach aussen zu leiten.

Gar keine Ligatur anzulegen, wie von anderer Seite postulirt wird, sondern einfach den Stielstumpf mit dem ferrum candens zu kauterisiren, oder von vorneherein mit dem glühenden Draht zu trennen, gewährt zweifelsohne zu wenig Garantie gegen Nachblutung, als dass man in unserem Falle die Anwendung dieser Methode auch nur in Erwägung ziehen mochte. Dagegen war obige Methode, wie sie von Spiegelberg auf Grund seiner Experimente befürwortet wird, wohl in Erwägung gezogen, aber dieselbe hat noch zu wenig die Probe bestanden, als dass man um ihretwillen ohne weiteres die so unendlich viel und mit glücklichem Erfolge angewandte Extraperitonäalmethode meinte verlassen zu sollen. Denn die glänzenden Erfolge, welche man nach Zurücklassen des Stiels und alsbaldigem völligen Verschluss der Bauchwunde gewonnen hat, verdankt man den Eperimenten an Thieren. Abgesehen nun davon, dass man es bei der Ovariotomie nie mit einem intacten Organismus zu thun hat, während man mit gesunden Thieren operirt, so ist überhaupt ein unbedingter Rückschluss von Thier auf Mensch gewiss nicht gerechtfertigt. Der thierische Organismus verträgt manchen Eingriff, den man dem menschlichen nicht unbeschadet zumuthen darf, was auf Insulte des Peritonäums besondere Anwendung findet.

Diese Erwägungen hatten den Operateur bestimmt, den Stielstumpf vermittelst der Spencer-Well'schen Klammer in der Bauchwunde fixiren zu wollen. Aber die Eigenthümlichkeit des Stiels,

modificirte wie erwähnt die Ausführung dieses Entschlusses dahin, dass ausser der Klammer noch eine Seidenlegatur unterhalb derselben angelegt wurde. Diese Modification wird unmittelbare oder doch mittelbare Schuld an der verzögerten Heilung tragen.

Die ersten 5 Tage nach der Operation verliefen ganz nach Wunsch. Vom 6 Tage an, namentlich aber am 9 Tage wurden zur Beseitigung des eingetretenen lästigen Stuhldrangs Klystiere in Anwendung gezogen. Den dadurch erzielten Ausleerungen ging, namentlich wieder an letzterem Tage äusserst heftiges Drängen vorher, dem dann sehr bald empfindliche Leibschmerzen folgten Bei Besichtigung der Wunde zeigte sich, dass die Ligatur des Stiels sich mehr in die Tiefe zurückgezogen. Auf Grund dieser Wahrnehmung erklärte man sich die Leibschmerzen, welche sich bald als Symptom beginnender Peritonitis auswiesen, aus dem Eindringen jauchiger Wund- event.- Stielsecrets in das cavum peritonaei und konnte sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass für diesen gefürchteten Zufall in der Behandlung des Stieles die Begünstigung gelegen habe.

Es wird der Stiel anfänglich nur so weit mortificirt werden als die Circulation in ihm aufgehoben ist, sei es durch die Klemme, sei es durch die Ligatur, oder durch beide zusammen. In letzterem Fall wird sich die Mortifikation mindestens um so viel weiter in die Tiefe erstrecken, als die Ligatur von dem unteren Rande der Klemme entfernt ist. Ist der Stiel lang genug, um, ohne Zerrung auch die unterhalb der Klammer angelegte Ligatur vor dem äusseren Wundrande erhalten zu können, so mag der Nachtheil der Ligatur nicht zur Wirkung kommen, ist derselbe aber so kurz, dass für die Ligatur vor der Wunde kein Raum bleibt, so wird diese, je nach der Mächtigkeit der Bauchdecken von vorneherein dem cavo peritonaei mehr oder weniger näher gerückt und es bedarf nur einer geringen Zerrung, um die Ligaturstelle mit ihren unvermeidlichen fauligen Secreten mit dem Peritonäum in Contact zu bringen. In unserm Falle war dies um so eher möglich, als gleich

anfangs eine gewisse Spannung des Stiels nicht zu vermeiden gewesen, dazu auch die derselben entgegenwirkende Klammer bereits am 7 Tage entfernt worden war. Dass nun der heftige Stuhldrang, der zur Anwendung von Klystiren nöthigte, zu einer Zeit eintrat, wo die durch die Ligatur bewirkte Zersetzung des Stiels grade auf einer vorgeschrittenen Stufe sich befand, machte die Zurückzerrung des Stiels gewiss um so verderblicher, aber es wird sich dieses unwillkommene Zusammentreffen, der Natur der Sache nach, in ähnlichen Fällen gewiss nicht selten wiederholen.

So möchte denn unser Fall von Ovariotomie in seiner Behandlung und seinem Verlauf die Lehre enthalten,

dass man in den Fällen, wo man den Stiel nach der Extraperitonäalmethode zu behandeln willens ist und derselbe sich für Anlegung der Klammer tauglich erweist von der Reserveligatur abstrahiren, dagegen die mit grösster Vorsicht angelegte Klammer bis zur spontanen Lösung ruhig liegen lassen soll.